

GE_GERICHTE A/501/2018 vom 25. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_501_2018

FR: GE_GERICHTE A/501/2018 du 25 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/501/2018 del 25 giugno 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955 et originaire des Philippines, a obtenu un diplôme d'assistante sociale dans ce pays. Elle est arrivée en Suisse en 1989 et a travaillé en tant que gouvernante et ouvrière. En dernier lieu, elle a exercé dès 2000 une activité d'ouvrière de production à 100 % chez B_____ moyennant un salaire annuel de CHF 51'727.- en 2009. Son second mari est décédé le _____ 2000 et elle perçoit une rente de veuve de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : l'AVS). 2. Le 1^{er} juillet 2009, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle a précisé que l'atteinte à la santé consistait en une déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule droite qui avait fait l'objet, le 8 juin 2009, d'une acromioplastie. L'atteinte existait depuis 2003. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 24 décembre 2008. 3. Dans un rapport du 18 août 2009, le docteur C_____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il suivait l'assurée depuis le 2 décembre 2004 qui souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis de nombreux mois. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % dès le 24 décembre 2008 et celle-ci n'était pas exigible pour l'instant. 4. Le 3 novembre 2009, lors d'un entretien avec une conseillère en réadaptation de l'OAI dans le cadre de la détection précoce, l'assurée a indiqué qu'elle avait subi un harcèlement moral de la part d'un supérieur hiérarchique en 2004-2005 à la suite duquel elle avait perdu tous ses cheveux. Selon la conseillère en réadaptation, l'assurée parlait bien le français mais avec un très fort accent. Il avait alors été question de cours de français et d'informatique. 5. Par communication du 26 janvier 2010, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français et de bureautique du 11 janvier 2010 au 11 mai 2010, à concurrence de trois heures par jour, en vue de l'exercice d'une activité adaptée. 6. À l'échéance de ces mesures, dans une note de clôture du 10 mai 2010, la conseillère en réadaptation a précisé que l'assurée lui avait fait part à mi-avril 2010 de douleurs qui avaient nécessité de diminuer le nombre de cours par semaine. Elle mettait un terme au mandat d'intégration professionnelle. 7. Dans un rapport du 17 juillet 2010 adressé à l'assurance perte de gain, le Dr C_____ a précisé que l'assurée se plaignait épisodiquement de tendinites récidivantes de l'épaule droite depuis 2003, affection bénigne à l'époque, et qu'en 2008 les douleurs étaient devenues handicapantes, avec mise en évidence d'une fissuration du tendon du sus-épineux accompagnée d'un conflit sous-acromial justifiant l'intervention chirurgicale du 8 juin 2009. L'évolution avait été marquée par l'apparition d'une capsulite rétractile de l'épaule

nécessitant une longue physiothérapie et plusieurs infiltrations. Suite aux infiltrations de fin février 2010, il y avait eu une amélioration subjective et objective partielle des douleurs. Puis dès le mois d'avril 2010, étaient apparues des douleurs de l'épaule gauche, en relation avec la surcharge acromio-claviculaire et sterno-claviculaire gauche, qui s'amélioraient progressivement sous physiothérapie et acupuncture. Du côté droit, l'assurée se plaignait de la persistance de douleurs à l'épaule lors de mouvements d'élévation au-dessus de 110° ainsi que de rétro-pulsions et de port de charges de plus de 4 kg à 5 kg. Du côté gauche, elle continuait à présenter une douleur modérée au niveau acromio-claviculaire et sterno-claviculaire. Le pronostic semblait favorable au vu de l'amélioration fonctionnelle et subjective de sorte que d'ici fin août, voire fin septembre, une reprise de la capacité de travail devrait être envisagée, mais il serait souhaitable de réorienter l'assurée dans une activité moins contraignante, voire de lui proposer une aide au placement. 8. Dans un rapport du 22 novembre 2010, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Dans l'ensemble, l'évolution était plutôt en dents de scie et malgré une amélioration fonctionnelle de la mobilité, les douleurs aux épaules persistaient, auxquelles s'étaient ajoutées depuis le printemps 2010 des douleurs cervicales, puis en octobre 2010 des douleurs de la main droite en relation avec une ténosynovite du fléchisseur des troisième et quatrième doigts. L'état de santé était plutôt stationnaire avec des périodes d'aggravation ponctuelles. Les limitations fonctionnelles comprenaient surtout les activités nécessitant une élévation du bras au-dessus de l'horizontal ainsi que des mouvements répétés du bras droit et le port de charges de plus de 5 kg. Les douleurs de l'épaule gauche entraînaient des limitations en partie identiques. La capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle car elle sollicitait trop les épaules. On pouvait estimer que dans une activité adaptée de manutention légère, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail pouvait être entière. L'assurée devait être apte à reprendre une activité professionnelle qui ne soit pas trop contraignante pour les épaules. 9. Selon le rapport établi le 18 janvier 2011 par le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les atteintes à la santé consistaient en des douleurs à l'épaule droite séquellaires à une acromioplastie consécutive à une déchirure de la coiffe des rotateurs, un conflit sous-acromial compliqué d'une capsulite rétractile et une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule gauche. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 24 décembre 2008. La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier avec un spécialiste de réadaptation. Le début de l'aptitude à la réadaptation datait du début septembre 2010. Les limitations fonctionnelles concernaient l'absence d'activité régulière avec les deux bras au-dessus de l'horizontal et de mouvements répétitifs avec les bras en adduction ou en élévation. Le port de charges était limité à 5 kg. La déchirure du sus-épineux qui avait nécessité une acromioplastie s'était compliquée d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, puis d'une périarthrite de l'épaule gauche. Finalement l'évolution était favorable et permettait une capacité de travail dans une activité adaptée dès septembre 2009 (sic). La reprise de l'ancienne activité n'était plus exigible en raison de persistance de limitations articulaires et des douleurs. 10. L'assurée a été licenciée avec effet au 28 octobre 2010 et s'est inscrite au chômage. Elle a perçu des indemnités de chômage de novembre 2010 à juillet 2011, des prestations cantonales en août 2011 et des prestations en cas de maladie de septembre 2011 à août 2012. 11. Par projet d'acceptation de rente du 23 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2010 au vu de son incapacité de travail de 100 % dès le 24 décembre 2008. À partir du 1^{er} septembre 2010, sa capacité de travail était de

100 % dans une activité adaptée, de sorte que la perte de gain était de 14 %. L'OAI a comparé le revenu sans invalidité de CHF 51'727.- avec le revenu d'invalidité de CHF 44'589.-, établi selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 ([ESS] ; TA 1, femme, niveau 4, tous secteurs confondus), adapté à l'horaire de travail ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux en 2009 et après abattement de 15 % afin de tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles. Ce degré d'invalidité n'ouvrait ni le droit à des mesures de reclassement, ni à une rente. 12. Par décision du 17 novembre 2011 notifiée directement à l'assurée alors que celle-ci était représentée, la caisse AVS FER-CIAM 106.1 (ci-après : la FER CIAM) a procédé à un calcul comparatif de la rente de veuve (CHF 1'540.-/mois) et de la rente entière d'invalidité (CHF 1'370.-/mois), qui montrait que la rente de veuve était plus élevée. Par conséquent, aucun versement au titre de la rente d'invalidité ne serait effectué pour la période de janvier à novembre 2010. 13. À la suite du recours formé le 23 juillet 2012 contre ladite décision notifiée le 19 juillet 2012 tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010 et de la production par l'assurée d'un certificat médical du Dr C_____ du 5 août 2011 faisant état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, la chambre de céans a procédé à une instruction complémentaire. 14. Dans son rapport du 8 janvier 2013, le Dr C_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé de façon progressive depuis ces deux dernières années, postérieurement à novembre 2010. Les douleurs des deux épaules avaient évolué négativement, principalement du côté gauche avec aggravation de leur caractère handicapant. Depuis l'automne 2011, l'assurée présentait des ténosynovites récurrentes des doigts, d'abord soulagées par des infiltrations de cortisone, puis résistantes à ces infiltrations et ayant nécessité des interventions chirurgicales avec un résultat partiel. Les douleurs à l'épaule gauche s'étaient amplifiées et avaient nécessité plusieurs infiltrations, des séances de mésothérapie ainsi que des ondes de choc sans grand succès. Ainsi, les diagnostics ne s'étaient pas modifiés, mais le caractère douloureux et handicapant s'était amplifié par rapport au status de fin août 2010. Actuellement, au niveau de l'épaule droite, la limitation des mobilisations passives en élévation abduction était plus marquée et la mobilité interne était nettement diminuée avec toujours des signes de conflit sous-acromial marqués. S'agissant de l'épaule gauche, l'assurée présentait actuellement clairement un conflit sous-acromial avec limitation active de la mobilité en abduction-élévation. La rotation interne, qui était normale fin 2010, était actuellement fortement limitée. S'agissant des mains, il persistait actuellement des douleurs au troisième doigt de la main droite et au quatrième doigt de la main gauche limitant les prises actives. Finalement, les douleurs lombaires, encore occasionnelles avant 2010, étaient récurrentes dans le cadre de discopathies de la colonne lombaire associées à une périarthrite de la hanche rebelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, auparavant, l'assurée était principalement gênée par l'épaule droite (port de charges, élévation du bras au-dessus de l'horizontal). Actuellement, la symptomatologie nettement plus douloureuse de l'épaule gauche empêchait les mouvements répétitifs, l'élévation, le port de charges de plus de 3 à 4 kg. S'y ajoutaient les limitations liées aux mains (force ou dextérité), ainsi que celles concernant les lombalgies (activité statique, position assise ou debout prolongée). S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, en novembre 2010, le Dr C_____ avait assisté progressivement à une récupération de l'épaule droite, ce qui l'avait amené à penser qu'une reprise du travail dans une activité adaptée pourrait être possible. Dans les mois qui avaient suivi, la détérioration de l'état ostéo-articulaire de l'assurée avec aggravation des douleurs de l'épaule gauche, atteinte récurrente aux niveaux des coudes (épicondylite, épitrochléite) et des mains

(téno-synovite) ainsi qu'au niveau du dos l'avait obligé à modifier son appréciation au vu de cette évolution. 15. Par arrêt du 16 avril 2013 (ATAS/351/2013), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision du 17 novembre 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Elle a retenu, au vu des précisions apportées par le Dr C_____, que si l'assurée disposait peut-être d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en septembre 2010, cette amélioration n'avait pas duré plus que quelques mois. Par conséquent, lors de la décision du 17 novembre 2011, notifiée le 19 juillet 2012, l'aggravation survenue progressivement dès début 2011 ne permettait pas de supprimer entièrement et définitivement la rente allouée. L'OAI avait correctement pris en compte un revenu sans invalidité de CHF 51'727.- en 2009, car même s'il était en-dessous de celui de la CCT, l'assurée ne rendait pas vraisemblable qu'elle avait l'intention d'assigner son employeur pour obtenir l'application de la CCT, respectivement un salaire plus élevé. L'OAI n'avait pas établi quel aurait été son salaire en 2011 dans l'entreprise. La cause devait lui être renvoyée afin d'examiner l'évolution de la capacité de travail dès le début de l'année 2011, en interpellant d'abord le Dr C_____, puis en déterminant quelles étaient les activités adaptées aux limitations fonctionnelles, avant de décider si et quand des mesures professionnelles étaient nécessaires. 16. Sur demande de l'OAI, le Dr C_____ a précisé dans un rapport du 12 juillet 2013 qu'il était faux de considérer que la capacité de travail de l'assurée avait été entière de novembre 2010 au mois d'août 2011 dans une activité adaptée. Il estimait que depuis le mois de février 2011, sa capacité de travail était au maximum de 50 % dans une activité adaptée en raison de douleurs importantes dans les doigts et d'une exacerbation des douleurs au niveau de l'épaule gauche. Il ne pensait pas qu'une amélioration fût possible. Les limitations fonctionnelles concernaient toutes les activités nécessitant des forces de préhension fréquente aux niveaux des mains, des ports de charge, ainsi que toutes les activités effectuées les bras au-dessus de l'horizontal, les positions debout prolongées et les activités répétitives des bras. 17. Dans un avis du 5 août 2013, le SMR a considéré qu'au vu de toutes les contradictions présentes dans le dossier, il y avait lieu de mettre en oeuvre une expertise rhumatologique. 18. Par communication du 13 août 2013, l'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur D_____, rhumatologue FMH. Il a transmis le questionnaire à l'assurée et lui a accordé un délai de dix jours pour faire part de ses questions complémentaires et de ses éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert. 19. Par courrier du 4 octobre 2013, l'assurée s'est opposée à la mise sur pied d'une expertise rhumatologique dès lors que, dans son rapport du 12 juillet 2013, le Dr C_____ s'était déjà exprimé sur l'évolution de sa capacité de travail depuis février 2011 et que la chambre de céans n'avait jamais considéré son avis comme non probant. Elle a requis une décision incidente. 20. Par décision incidente du 7 mars 2014, l'OAI a maintenu l'expertise requise. Il a considéré qu'il avait la possibilité de ne pas tenir compte des directives de l'arrêt de renvoi si le but de l'instruction demandée pouvait être atteint d'une autre manière. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours. 21. Dans son rapport d'expertise du 23 mai 2014 consécutif à son examen du 21 mai 2014, le Dr D_____ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, un status après acromioplastie de l'épaule droite le 8 juin 2009. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des rachialgies chroniques, ainsi qu'un status après cure de doigts à ressaut et synovectomie. Il a exposé que l'assurée faisait état de symptômes restés stationnaires et que l'examen clinique était rassurant, marqué essentiellement par des signes de surcharge fonctionnelle

témoignant d'un syndrome douloureux chronifié qui parasitait l'examen clinique sous la forme de mouvements de contre pulsions, d'oppositions actives, d'exagération verbale, d'amplitudes articulaires variables en fonction du degré d'attention de l'assurée et d'une observation à son insu. Les amplitudes articulaires des épaules étaient largement améliorées par rapport aux constats antérieurs. Les mains étaient calmes sans arthrite, ni synovite, ni déformations. Il y avait toutefois un aspect nodulaire de la face palmaire qui était sans retentissement fonctionnel tout comme les lombalgies et, dès lors, sans influence sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de syndrome irritatif, ni de trouble neurodéficitaire des membres. L'assurée présentait une altération douloureuse de la mobilité des épaules dans le cadre d'un status après chirurgie de l'épaule droite en 2009 et une vraisemblable tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche, de sorte que l'incapacité de travail était entière dans l'activité antérieure d'ouvrière. Dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs des membres supérieurs principalement au-delà de l'horizontal, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 10 % liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant les membres supérieurs et à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Il y avait une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 décembre 2008 dans l'activité professionnelle antérieure et de 90 % dans une activité adaptée dès septembre 2000 (recte : 2010). Il n'y avait pas de contre-indication à la mise en place de mesures de reconversion étant relevé que l'assurée ne s'estimait plus en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison de ses douleurs. S'agissant de l'appréciation du Dr C_____, dans son rapport du 8 janvier 2013, ce médecin mentionnait une aggravation du caractère handicapant des douleurs, notamment à l'épaule gauche, soit un élément subjectif sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. On pouvait douter du résultat partiel de l'intervention chirurgicale pratiquée le 6 septembre 2011 sur le quatrième doigt droit à ressaut au regard du status actuel rassurant sans restriction fonctionnelle à plus de deux ans de l'intervention. Bien qu'il retenait déjà un diagnostic de ténosynovite du fléchisseur des troisième et quatrième doigts dans son rapport du 22 novembre 2010, le Dr C_____ estimait cependant que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Son rapport du 8 janvier 2013 mentionnait des limitations d'amplitude des épaules, mais ne contenait aucun descriptif objectif des restrictions éventuelles d'amplitude des mains, comme du rachis, de sorte qu'il n'y avait pas d'éléments convaincants pour expliquer une diminution de la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée. 22. Dans un rapport de mesures d'ordre professionnel du 4 septembre 2015, le conseiller en réadaptation de l'OAI a exposé qu'il avait eu un premier entretien avec l'assurée le 30 septembre 2014. Celle-ci avait indiqué qu'elle avait cherché du travail de garde d'enfants à domicile, mais sans succès, selon elle en raison de ses problèmes de santé. Elle était d'accord de faire un essai de reprise mais souhaiterait attendre un peu afin de traiter son problème de fragilité psychique au préalable. Ils avaient convenu de revoir la situation à la fin octobre en vue de mettre sur pied un stage d'orientation professionnelle. Le conseiller avait recontacté l'assurée en novembre 2014 et mai 2015 qui s'était déclarée incapable de tenter une reprise d'activité par le biais d'un stage d'orientation. Lors du dernier téléphone, elle avait indiqué qu'elle était en traitement auprès de la doctoresse E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. L'annonce d'une aggravation de l'état de santé permettait de conclure que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées actuellement. 23. Dans un rapport du 24 novembre 2015, la Dre E_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif mixte (F41.2) depuis 2006 et un probable

syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis plusieurs années. Elle suivait l'assurance depuis le 8 décembre 2014. Le traitement consistait en soins psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés à une fréquence irrégulière car l'assurée oubliait assez fréquemment ses rendez-vous, ainsi qu'en médication par antidépresseur. Selon l'anamnèse, en 2005-2006, certaines tensions étaient apparues au travail. Depuis 2006, l'assurée souffrait de difficultés psychologiques de type anxiété se manifestant par une boule dans le ventre et la gorge serrée. Elle se sentait découragée et démotivée. Fin 2014, elle lui avait été adressée par le Dr C_____ pour une suspicion d'un syndrome douloureux somatoforme. L'assurée formulait de très nombreuses plaintes douloureuses. Au début du suivi psychiatrique en 2014, elle pleurait pendant chaque entretien et semblait désespérée. Elle se plaignait de difficultés de sommeil et d'appétit. Suite à l'introduction d'un antidépresseur, elle avait présenté de nombreux effets secondaires ne permettant jamais l'augmentation de l'antidépresseur à une dose thérapeutique. Le pronostic était réservé. L'assurée donnait l'impression d'une personne épuisée et sans capacité pour mobiliser ses ressources psychiques. Il ressortait des entretiens et du suivi psychiatrique que la probabilité d'un retour dans une activité professionnelle était très faible. Une identité d'invalidé semblait également fortement installée. Tant qu'un substrat organique ne pouvait pas être exclu quant à sa symptomatologie douloureuse intense, il n'était pas possible d'évoquer un syndrome douloureux somatoforme. Les restrictions psychiques consistaient en un manque de confiance en soi, des oublis fréquents, ainsi qu'un manque important d'énergie et de motivation. L'activité exercée était encore exigible à 50 %. Une activité professionnelle simple et sans responsabilité serait possible de suite à raison de quatre heures par jour. 24. Par communication du 28 juin 2016, l'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il a transmis le questionnaire à l'assurée et lui a accordé un délai de dix jours pour faire part de ses questions complémentaires et de ses éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert. 25. Dans son rapport d'expertise du 8 septembre 2016 consécutif à son examen du 26 août 2016, le Dr F_____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique. Les plaintes spontanées de l'assurée étaient principalement de nature somatique. Les plaintes psychiques étaient très floues. L'anamnèse dirigée ne permettait pas de déceler une symptomatologie dépressive, même légère. La présence d'un état maniacal ou hypomaniaque dans le passé était également exclue. L'assurée ne dégageait pas non plus une symptomatologie anxieuse actuelle. Les échelles de dépression (Hamilton et MADRS) et l'échelle de l'anxiété donnaient des scores très bas excluant aussi bien un trouble dépressif qu'un trouble anxieux. À l'examen clinique, l'expert a constaté que la thymie, qui semblait sur le versant dépressif durant les dix premières minutes de l'examen, devenait neutre et le restait. Au cours de l'entretien, il n'y avait pas d'anxiété perceptible, ni de manifestations neuro-végétatives. L'attention primaire et la concentration étaient bonnes, ainsi que la mémoire de travail et à court terme. Bien qu'une défaillance de l'intelligence n'était pas notable, des difficultés dans la pensée abstraite n'étaient pas exclues. S'agissant de la symptomatologie dépressive, les plaintes de l'assurée permettaient d'évoquer au grand maximum une dysthymie bien que la tristesse et les pleurs se situaient systématiquement en fin de mois, « lorsqu'elle constatait l'état de ses finances » ce qui ne tenait pas d'une symptomatologie dépressive. L'assurée ne décrivait qu'un état permanent de tensions intérieures, présent depuis le harcèlement et qui n'aurait jamais évolué depuis lors. S'agissant de la symptomatologie anxieuse, la seule répercussion décelable concernait les plaintes de l'assurée quant à la qualité de son sommeil à cause de l'anxiété. Toutefois, à d'autres moments, elle indiquait qu'elle dormirait bien si elle n'était pas réveillée par les

douleurs des épaules. Elle n'avait jamais expérimenté d'anxiété paroxystique et ne présentait ni phobies, ni signes d'anxiété généralisée, ni troubles obsessionnels ou compulsifs, ni symptomatologie post-traumatique ou dissociative. Par ailleurs, cette pathologie anxio-dépressive ne l'avait jamais amenée à consulter avant décembre 2014. Analysant l'existence d'un éventuel trouble somatoforme, l'expert a constaté que l'assurée ne remplissait pas les critères de la somatisation, ni celui du syndrome douloureux somatoforme persistant au motif qu'on ne pouvait pas retenir que les douleurs articulaires n'étaient pas entièrement expliquées par les diagnostics rhumatologiques car l'examen physique réalisé par le Dr D_____ mentionnait des oppositions et des contrepulsions, soit une exagération des symptômes assimilable à la simulation. Les mesures professionnelles pourraient consister tout au plus en un réentraînement à un rythme d'activité. 26. Dans un avis du 17 novembre 2016, le SMR a considéré notamment que cette expertise était convaincante et que ses conclusions étaient cohérentes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ces dernières. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique avec ou sans influence sur la capacité de travail, les conclusions du SMR du 17 juillet 2014 continuaient à être d'actualité. 27. Dans un rapport de mesures d'ordre professionnel du 16 novembre 2017, le conseiller en réadaptation de l'OAI a indiqué qu'il avait revu l'assurée le 17 janvier 2017, qui lui avait fait part de nouvelles limitations en lien avec ses rachialgies. L'expertise psychiatrique s'était mal passée car le médecin « lui a[vait] parlé fort », ce qui l'avait choquée et empêchée de s'exprimer. Elle avait précisé qu'elle ne cherchait plus de travail car elle était incapable de travailler à cause de ses épaules, puis de ses problèmes de dos. Elle était à nouveau suivie par le Dr C_____ et une nouvelle IRM était prévue. Au vu de ces éléments, le conseiller en réadaptation avait invité la recourante à lui transmettre de nouvelles pièces médicales d'ici fin mai 2017, ce qu'elle n'avait pas fait. Il en a conclu que les conditions subjectives pour des mesures professionnelles, notamment un stage d'orientation en institution, n'étaient pas réunies. Par conséquent, il y avait lieu d'évaluer l'invalidité de manière théorique sur la base de l'ESS au moment du début de l'aptitude à la réadaptation en septembre 2010. 28. Selon la notice de l'OAI du 16 novembre 2017, le degré d'invalidité était de 22,8 %. L'OAI a comparé en 2010 le revenu sans invalidité de CHF 52'728.- avec le revenu d'invalidité de CHF 40'337.-, établi selon l'ESS 2010 (TA 1, femme, niveau 4, tous secteurs confondus), adapté à l'horaire de travail en 2010 et tenant compte d'une capacité de travail exigible de 90 % après abattement de 15 % eu égard à l'âge, aux limitations fonctionnelles touchant les membres supérieurs et à la limitation aux seuls travaux légers. 29. Par projet de décision du 17 novembre 2017, l'OAI a rejeté la demande. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'ouvrière en production et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2010. Les conditions subjectives pour des mesures professionnelles n'étaient pas réunies. Par conséquent, il y avait lieu d'évaluer l'invalidité au moment du début de l'aptitude à la réadaptation en septembre 2010. Il résultait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 23 %. 30. Il a confirmé sa position par décision du 12 janvier 2018 reçue le 16 janvier 2018. 31. Par acte du 9 février 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a contesté disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée et a reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son âge avancé. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours. 32. Dans son complément de recours du 19 mars 2018, elle a pris des conclusions supplémentaires tendant, préalablement, à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique en présence d'un traducteur de langue tagalog et,

principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 30 novembre 2010, d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2010 au 30 novembre 2014 et d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014. Elle a exposé qu'elle était de langue maternelle tagalog et qu'elle parlait très mal le français avec un accent très important qui compliquait la compréhension pour son interlocuteur. L'expertise psychiatrique avait été effectuée sans interprète, alors même que l'expert avait immédiatement constaté, d'une part, que ses connaissances de français étaient rudimentaires et que son accent rendait la compréhension très difficile, d'autre part, qu'elle ne parvenait pas à s'exprimer en anglais puisqu'elle revenait spontanément au français. De plus, le rapport d'expertise était truffé de jugements de valeur, critiques, sous-entendus et de mises en évidence d'incohérences et d'erreurs de dates qui étaient inévitables dès lors qu'elle avait fait un récit de vie dans une langue mal maîtrisée et dans des circonstances peu propices aux confidences. En effet, elle avait été terrorisée par l'expert et n'avait pas pu s'ouvrir sereinement de ses limitations ainsi que de sa souffrance psychique, trop occupée à essayer de s'exprimer d'une façon compréhensible. L'expert considérait que la fiabilité de son histoire personnelle était très faible au vu des nombreuses « incongruences » sans se poser la question de la barrière de la langue ou des raisons pour lesquelles elle ne voulait pas lui livrer son histoire, alors qu'elle ne parlait pas facilement de son ressenti et de ses souffrances psychiques. Par conséquent, son rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante. Il en allait de même du rapport d'expertise rhumatologique dès lors que l'expert considérait que ses plaintes étaient exagérées et infondées sans expliquer les raisons de son appréciation. De plus, l'expert se fondait sur une imagerie médicale réalisée de 2009 à 2011 sans avoir sollicité de nouvelles, alors qu'elle souffrait de pathologies dégénératives et qu'elle était âgée de 60 ans au moment de l'expertise. Il y avait lieu de mettre en oeuvre une expertise judiciaire rhumato-psychiatrique avec notamment de nouvelles imageries médicales. Par ailleurs, la recourante a contesté le revenu sans invalidité pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité au motif qu'il ne respectait pas les grilles salariales conventionnelles de force obligatoire et se fondait sur les déclarations de l'employeur en 2009, alors qu'elle se trouvait en incapacité de travail complète. Par conséquent, le salaire versé à l'époque pouvait ne pas correspondre au salaire qu'elle aurait perçu sans incapacité. 33. Dans sa réponse du 24 avril 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le rapport d'expertise psychiatrique était plus détaillé que les autres pièces du dossier, se fondait sur une étude attentive de celui-ci et remplissait les divers critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expert s'était habitué, après une heure, à la manière de la recourante de parler et son rapport d'expertise contenait une anamnèse complète, ainsi qu'une description des plaintes de la recourante. Par conséquent, l'expert avait pris le temps nécessaire pour entendre la recourante et recueillir les données utiles à son rapport. Les phrases du rapport d'expertise citées par la recourante étaient tirées de leur contexte et ne sauraient justifier une prévention de l'expert. L'expertise rhumatologique avait également une pleine valeur probante et le dossier contenait suffisamment d'éléments médicaux fiables que les arguments de la recourante ne permettaient pas de mettre en doute. Par conséquent, il n'y avait aucun motif de procéder à une instruction complémentaire. 34. Dans sa réplique du 25 mai 2018, la recourante a considéré que les avis de ses médecins traitants étaient clairs et étayés, de sorte qu'ils avaient valeur probante. Cas échéant, elle sollicitait l'audition de ses médecins traitants. Si la situation médicale ne devait pas être considérée comme suffisamment claire, elle réitérait sa demande d'expertise rhumato-psychiatrique. 35. Dans sa duplique du 18 juin 2018, l'intimé a observé que la

recourante n'établissait pas que l'instruction aurait ignoré un quelconque élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique. Par conséquent, elle permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur son état de santé et sa capacité de travail. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. 36. Dans son écriture du 28 septembre 2018, la recourante a exposé que le nouveau rapport du Dr C _____ du 31 août 2018 qu'elle produisait dans la procédure faisait état de nouveaux problèmes de santé depuis avril 2017, donc antérieurs à la décision litigieuse, à savoir une maladie auto-immune entraînant une incapacité de travail entière dans toute activité. Ce nouvel élément médical constituait une raison supplémentaire de mettre sur pied une expertise rhumato-psychiatrique. Dans ledit rapport, le Dr C _____ a précisé qu'il voyait la recourante depuis 2003 à raison de deux à trois fois par an. Celle-ci se plaignait de douleurs chroniques des épaules et du dos avec périarthrite de hanche. La situation médicale avait commencé à changer en avril 2017, avec une aggravation des douleurs lombaires et cervicales, ainsi que l'installation d'un syndrome diffus avec difficultés à monter les escaliers ou à lever le bras. À cette époque, un syndrome inflammatoire majeur avait été mis en évidence, associé à des articulations enflées aux mains, pieds, coudes et genou. Des bilans immunologiques avaient finalement permis de diagnostiquer une maladie de Sjögren s'exprimant par un état articulaire douloureux chronique ainsi que des sécheresses des muqueuses buccales et oculaires. La recourante avait vu une première fois le professeur G _____, médecin-adjoint du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 13 décembre 2017, qui avait confirmé le diagnostic au vu d'un tableau classique anamnestique et biologique, avec polyarthrite, syndrome sec et myosite (inflammation des muscles.) Le pronostic restait encore incertain et actuellement, la recourante était inapte au travail quel qu'il fût. 37. Dans son écriture du 16 octobre 2018, l'intimé a exposé que selon l'avis du SMR du 8 octobre 2018 qu'il produisait dans la procédure, compte tenu de l'aggravation décrite depuis avril 2017 avec développement d'une maladie auto-immune systémique et incapacitante, il convenait de retenir une incapacité de travail entière dans toute activité depuis cette date. Toutefois, avant cette aggravation, les rapports du SMR qui se fondaient sur l'expertise du Dr D _____ demeuraient valables. L'intimé se ralliait à l'appréciation du SMR et concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} avril 2018, au terme d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40 %. Il confirmait ses conclusions précédentes pour le surplus. 38. Dans son écriture du 9 novembre 2018, la recourante a pris acte de la reconnaissance par l'intimé de son droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2018. Cela étant, elle maintenait intégralement son recours et ses conclusions pour la période antérieure courant dès le 1^{er} janvier 2010. 39. Le 13 novembre 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, par une recourante qui a un intérêt digne de protection à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité, étant précisé que le recours ne porte pas sur la simple constatation exacte du degré d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_345/2008 du 25 juillet 2008 consid. 2.3), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Il convient en premier lieu de déterminer l'objet du présent litige. a. En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur ne peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. L'art. 53 al. 3 LPGA règle le cas particulier de la reconsidération pendente lite d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (ATF 136 V 2 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et les références). A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision pendente lite rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que d'une simple proposition au juge (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1/2011 du 5 septembre 2011 consid. 1.1 et les références). La décision prise pendente lite ne met fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 127 V 228 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 115/06 du 15 juin 2007 consid. 2.1). b. En l'occurrence, la recourante conclut notamment à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014. Par écriture du 16 octobre 2018, l'intimé a accepté de reconnaître à la recourante une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 1^{er} avril 2017, respectivement de lui accorder une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018. À cet effet, il se base sur l'avis du SMR du 8 octobre 2018 qui prend position sur le nouveau rapport du Dr C_____ du 31 août 2018 mentionnant une aggravation de l'état de santé de la recourante en avril 2017, un diagnostic de maladie de Sjögren et une incapacité de travail totale dans toute activité. Étant donné que l'acceptation par l'intimé de modifier son calcul du degré d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018 est postérieure à l'envoi de sa réponse à la chambre de céans, il ne s'agit pas d'une reconsidération de sa décision du 12 janvier 2018. Or, dans la mesure où la proposition de l'intimé est conforme au droit et règle une question à satisfaction de la recourante, il convient de prendre acte de l'accord des parties sur ce point (cf. art. 50 al. 3 LPGA). 5. a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui -

dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a et ATF 117 V 294 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 34 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. En l'espèce, dans sa décision du 12 janvier 2018 qui détermine l'objet de la contestation, l'intimé a examiné l'évolution de la capacité de travail résiduelle de la recourante à partir du 1^{er} septembre 2010, respectivement son droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2010, étant donné que dans sa décision du 17 novembre 2011, la FER CIAM a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2010. Par ailleurs, la décision du 17 novembre 2011 est entrée en force sur ce point puisque la recourante n'a pas contesté son droit à ladite rente d'invalidité pour cette période dans son recours du 23 juillet 2012 qui conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010. En prenant des conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 30 novembre 2010, la recourante étend l'objet de la contestation puisque la décision litigieuse ne statue pas sur cette période. Or, une telle extension ne peut pas conduire à inclure dans le litige une question qui a fait l'objet d'une décision entrée en force sur cette question. Par conséquent, les conclusions de la recourante quant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 30 novembre 2010 sont irrecevables. En définitive, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante du 1^{er} décembre 2010 au 31 mars 2018, respectivement sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations du 1^{er} septembre 2010 au 31 mars 2017. 6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de

rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 a al. 1 LAI). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations

quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. Dans le cadre de la procédure d'instruction complémentaire qui a suivi l'arrêt de renvoi du 16 avril 2013, l'intimé a mis en oeuvre une expertise rhumatologique, puis une expertise psychiatrique. La recourante conteste la valeur probante de ces deux expertises. En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique du 23 mai 2014, étant précisé que la recourante reproche à l'expert de s'être basé sur des IRM réalisées de 2009 à 2011 alors qu'elle souffre de troubles dégénératifs et de ne pas expliquer pourquoi il considère que ses plaintes sont infondées. En l'espèce, sur le plan physique, selon les divers rapports du Dr C_____ qui suit la recourante depuis 2003, celle-ci souffre d'une lésion de la coiffe des rotateurs à droite qui a fait l'objet d'une acromioplastie en juin 2009 compliquée par une capsulite rétractile et la persistance de signes de conflit sous-acromial. Elle présente également depuis le printemps 2010 des douleurs à l'épaule gauche - exacerbées à partir de février 2011 - et à la colonne cervicale, puis depuis octobre 2010 des douleurs à la main droite dues à une ténosynovite du fléchisseur des troisième et quatrième doigts. Enfin, depuis février 2011, elle souffre aux coudes d'une épicondylite et d'une épitrochléite, ainsi que de douleurs lombaires dans le cadre de discopathies de la colonne lombaire associées à une périarthrite de la hanche. Dans son rapport d'expertise, le Dr D_____ confirme pour l'essentiel les diagnostics posés par le Dr C_____, à l'exception de ceux de ténosynovite à la main droite, d'épicondylite et d'épitrochléite aux

coudes, ainsi que de périarthrite de la hanche dont il ne fait pas état. Il retient le caractère incapacitant d'une altération douloureuse de la mobilité des épaules dans le cadre d'un status après chirurgie de l'épaule droite en juin 2009 et d'une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche. Il considère que les rachialgies chroniques ainsi que le status après cure de doigts à ressaut et synovectomie n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. Il conclut à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'ouvrière et de 0 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avec toutefois une diminution de rendement de 10 %. Il explique son appréciation de la capacité de travail par le fait que les plaintes de la recourante ne correspondent pas à ses constatations cliniques qui montrent essentiellement des signes de surcharge fonctionnelle témoignant d'un syndrome douloureux chronifié persistant qui parasite l'examen. Il s'écarte de l'appréciation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée faite par le Dr C_____, au motif que celle-ci ne décrit aucune diminution d'amplitude des mains et du rachis qui permette de retenir une diminution de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Dans son expertise, le Dr D_____ explique pourquoi il s'écarte des conclusions du Dr C_____ notamment s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, eu égard à l'absence de descriptif de limitations d'amplitude des mains et du rachis. Toutefois, dans son rapport du 8 janvier 2013, le Dr C_____ fait état dans le courant de l'année 2011 d'une aggravation des douleurs aux épaules avec conflit sous-acromial des deux côtés, confirmée par des éléments objectifs, à savoir à droite, une limitation plus marquée des mobilisations passives en élévation abduction, une mobilité interne nettement diminuée, et à gauche, une limitation active de la mobilité en abduction-élévation. Or l'expert ne précise pas si ces éléments permettent de retenir une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en février 2011, respectivement si l'état de santé de la recourante a évolué favorablement depuis 2011 et de quelle façon. Il n'explique pas davantage pourquoi, il ne retient pas les diagnostics de périarthrite de la hanche, ni d'épicondylite et d'épitrôchléite aux coudes. Par conséquent, son rapport d'expertise est lacunaire. Pour le reste, son rapport d'expertise prend en compte l'anamnèse, les plaintes de la recourante et son examen clinique. De plus, il concorde pour l'essentiel avec les diagnostics retenus par le Dr C_____. Toutefois, le nouveau diagnostic de maladie de Sjögren posé en avril 2017 justifie de vérifier si les autolimitations constatées par l'expert lors de son examen du 21 mai 2014 ne sont pas explicables en réalité par un début méconnu de cette maladie qui est rare et ne peut être diagnostiquée que par des examens poussés. En effet, si le diagnostic de cette maladie est posé depuis avril 2017, aucun rapport médical ne donne d'explications sur son étiologie et sur l'existence ou non de symptômes précurseurs, notamment un état douloureux latent. Aucun rapport médical ne précise si le syndrome douloureux de la recourante constaté lors de l'examen de l'expert à fin mai 2014 est en lien avec cette maladie, respectivement si les limitations de mouvements constatées par l'expert sont réellement des autolimitations ou s'il ne s'agit pas d'un état articulaire inflammatoire douloureux symptomatique de la maladie de Sjögren. En effet, il n'est pas exclu que la recourante présente en lien avec cette maladie, respectivement avec les autres troubles diagnostiqués, une incapacité de travail partielle, voire entière, dans toute activité déjà avant le 1^{er} avril 2017. Par conséquent, faute d'être renseignée sur ces divers éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail de la recourante en lien avec ses troubles physiques. Dès lors, il y a lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire sur ces divers points. 10. Reste à examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr F_____ du 8 septembre

2016. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 11. En l'espèce, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise eu égard à ses nombreux jugements de valeur et sous-entendus, au fait que son accent très important a rendu ses déclarations peu

compréhensibles pour l'expert en l'absence d'un interprète en langue tagalog et que l'expert n'a pas tenu compte de ses difficultés à parler de son ressenti et de ses souffrances psychiques. Sur le plan psychique, le Dr C_____ a adressé la recourante à la Dresse E_____ le 8 décembre 2014 en raison de la suspicion d'un syndrome douloureux somatoforme. Selon le rapport de cette spécialiste du 24 novembre 2015, il n'est pas possible d'évoquer un syndrome douloureux somatoforme tant qu'un substrat organique à l'origine de la symptomatologie douloureuse ne peut pas être exclu. À l'examen clinique, elle constate un manque de confiance en soi, des oublis fréquents, un manque d'énergie et de motivation, ainsi que l'absence de capacité à mobiliser ses ressources psychiques. Elle diagnostique avec effet sur la capacité de travail, un trouble anxio-dépressif mixte présent depuis 2006 et un probable syndrome douloureux somatoforme persistant depuis plusieurs années. Elle expose que depuis 2006, la recourante présente des difficultés psychologiques de type anxiété à la suite de certaines tensions apparues à son travail. Elle retient une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Dans son rapport d'expertise du 8 septembre 2016, le Dr F_____ ne pose aucun diagnostic psychiatrique même non incapacitant. À l'anamnèse, il ne décèle aucune symptomatologie dépressive même légère. Quant aux plaintes de la recourante, elles évoquent tout au plus une dysthymie. S'agissant de la symptomatologie anxieuse, la seule répercussion décelable a trait aux plaintes de la recourante concernant la qualité de son sommeil à cause de l'anxiété. Ces diverses constatations et conclusions de l'expert ne sont pas plausibles au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, si la recourante ne présente aucun diagnostic psychiatrique comme le soutient le Dr F_____, il est incompréhensible que la recourante suive un traitement à base de soins psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés auprès de la Dresse E_____ depuis décembre 2014, soit depuis près de deux ans au moment de l'expertise, ainsi qu'un traitement à base d'antidépresseur. De plus, les constatations cliniques de l'expert ne correspondent pas aux restrictions psychiques constatées par la psychiatre traitante, qui suit la recourante depuis une année au moment de l'établissement de son rapport et a donc acquis le temps nécessaire pour poser un diagnostic fiable. À cet égard, il est étonnant que, face à de telles constatations divergentes, il n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec la psychiatre traitante avant de finaliser son rapport d'expertise, alors que les observations de celles-ci auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément la question des troubles mnésiques, du manque de confiance en soi, de l'incapacité à mobiliser ses ressources psychiques, ainsi que de la perte d'énergie et de motivation, constatés par la Dresse E_____ lors de ses divers examens. De plus, bien qu'il considère que des difficultés dans la pensée abstraite ne soient pas exclues, il n'en tient pas compte. Par conséquent, le rapport d'expertise est incomplet, voire contradictoire. Par ailleurs, ainsi que le relève la recourante, le rapport d'expertise du Dr F_____ ne se borne pas à relater les plaintes de la recourante, ses constatations cliniques et ses conclusions, mais il comporte bon nombre de tournures à connotation subjective. Ainsi, il précise que la mémoire à long terme ne peut pas être évaluée, les déclarations de l'assurée étant « manifestement contrefaites ». L'expert relève également que le discours de la recourante comporte de « nombreuses contradictions d'une phrase à l'autre ». D'après le médecin, le fait que la recourante apporte des soins à son apparence, se déclare heureuse lorsqu'elle écoute de la musique ou est en présence de ses petits-enfants et n'a pas d'attentes envers l'intimé est incompatible avec un trouble dépressif. Il précise qu'il convient « de garder à l'esprit le fait que [la recourante] préfère son activité de grand-mère à n'importe quelles autres et qu'elle a l'habitude de se montrer pleine de bonne volonté avant de devenir oppositionnelle ». D'après l'expert, la recourante « livre une

histoire de vie qui est en soi peu crédible avec de nombreuses contradictions », alors que l'étude du dossier permet de constater d'autres entorses à la vérité qu'il met en exergue en procédant à un examen de l'histoire de la recourante véritablement à charge de celle-ci, en confondant son activité d'expert avec celle d'un procureur et en ne tenant compte à aucun moment des troubles de la mémoire constatés par la Dresse E_____. Enfin, ses explications quant à l'absence de critères de somatisation partent de l'hypothèse que la recourante est une simulatrice, ce qui est non seulement un jugement de valeur, mais une hypothèse erronée. En effet, l'expert semble ignorer que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est posé que si des troubles objectivables ne sont pas diagnostiqués, de sorte que par définition lorsqu'un tel diagnostic est retenu les plaintes subjectives ne correspondent pas aux constats objectifs, sans que les autolimitations constatées ne puissent être qualifiées de simulation. Or, dans le cas du trouble somatoforme douloureux, la manifestation clinique consiste en plaintes douloureuses diffuses et il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). Dès lors, l'attitude de l'expert ne procède pas d'un examen objectif de la situation médicale et ne permet pas de reconnaître une valeur probante à son rapport d'expertise. On peut en effet attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non sur des jugements de valeur. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177 et 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). Au demeurant, en tant que le rapport de la Dresse E_____ du 24 novembre 2015 n'examine pas le caractère incapacitant des diagnostics psychiques posés au regard de la grille d'analyse requise par la jurisprudence, son rapport est incomplet et n'a par conséquent pas non plus de valeur probante. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le caractère incapacitant des troubles psychiques de la recourante, de sorte qu'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire par la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question

restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'espèce, force est de constater que l'intimé a violé son obligation d'instruire d'office et de recueillir les renseignements dont il a besoin pour trancher (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sur le plan rhumatologique, il s'est borné à inviter la recourante à lui transmettre de nouvelles pièces médicales sans requérir un nouveau rapport du Dr C_____, alors qu'il savait qu'une nouvelle IRM était prévue et que l'intéressée souffrait d'oublis. Quant au plan psychique, le SMR était en mesure de constater, à la lecture du rapport d'expertise du Dr F_____, qu'il ne respectait pas les lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité émises par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie, respectivement qu'il n'avait pas de valeur probante. Au vu de l'absence de rapports médicaux fiables quant à la maladie de Sjögren et quant aux troubles psychiques, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé au sens des considérants pour qu'il mette en oeuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires, sur l'évolution de l'incapacité de travail de septembre 2010 à fin mars 2017 en lien avec les troubles organiques et sur l'effet incapacitant de l'éventuel trouble somatoforme douloureux et des autres troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral. Ce renvoi rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante. 13. La recourante requiert dans sa réplique l'audition de ses médecins traitants. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'audition sollicitée par la recourante de la Dresse E_____ et du Dr C_____ ont pour but de démontrer que son état de santé et sa capacité de travail ne se sont pas améliorés entre septembre 2010 et avril 2017. Au vu de l'appréciation que fait la chambre de céans des expertises du Dr D_____ et du Dr F_____ servant de base à la décision litigieuse, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder à l'audition requise par la recourante dès lors qu'elle n'est pas susceptible de modifier l'issue du litige. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 12 janvier 2018 sera annulée et le dossier sera renvoyé à l'intimé pour mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au sens des considérants. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Eu égard au sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :